

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHỊP NHANH VÀO LẠI TRONG HỘI CHỨNG WOLFF PARKINSON WHITE.

BS Thái Hán Vinh, BV Châu Đốc

Tóm tắt:

Bệnh nhân nữ, 76 tuổi, nhập viện vì mệt, tim đập nhanh. ECG lúc nhập viện là nhịp nhanh trên thất, QRS hẹp, đều, huyết động ổn định., dùng ATP không hiệu quả. Sau khi dùng digoxin, nhịp bệnh nhân chuyển thành nhịp nhanh QRS rộng, đều, huyết động ổn định. Sau đó bệnh nhân được dùng cordaron uống, sau khoảng 15 giờ sau điện tim trở về nhịp xoang, có hình ảnh WPW típ A.

Summary:

Patient was a 76 year old women. Reasons for admitting hospital were fatigue, palpitation. ECG on admission was supraventricular tachycardia with narrow, regular QRS complexes. Hemodynamic state was stable. Adenosin was not effective. After given intravenously digoxin, the QRS complexes became broad, regular. Hemodynamic state was still stable. Then, oral cordaron was given. 15 hours later, the ECG became sinus rhythm, type A Wolff-Parkinson- White syndrome.

I-Phân bệnh án:

1.1-Hành chánh:

- Họ tên: Lê thị P, 76 tuổi, số nhập viện:18739
- Địa chỉ: Khánh An II, Khánh hòa, Châu phú, An giang.

1.2-Lý do vào viện: mệt, tim đập nhanh.

1.3-Tiền căn: suy tim. Từ nhỏ có những cơn nhịp nhanh, đôi khi cơn tự chấm dứt.

1.4-Bệnh sử: Một tháng nay thường có những cơn mệt, tim đập nhanh. Sáng cùng ngày nhập viện, bệnh nhân lên cơn mệt, tim đập nhanh, ho khan, không sốt → nhập viện.

1.5-Lúc mới vào viện:

HA=11/8 cmHg. Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt, mệt ít.

gày. niêm hồng, không phù chi. Không đau ngực.

Phổi ran âm. Tim đều, nhanh hơn 200 lần/ phút.

ECG:nhịp nhanh trên thất với QRS hẹp đều, tần số 216 lần/phút.

1.6- Diễn tiến điều trị:

ngày giờ	lâm sàng	ECG	điều trị
lúc nhập viện	hảo mệt, HA=10/7 cmHg	nhịp nhanh trên thất với QRS hẹp đều , 216 lần/ phút. RP' > 0,08s(ECG1)	thở Oxy, xoa xoang cảnh, ấn nhân cầu, ATP12 mg IV, seduxen, vastarel.
15g20 phút	HA=10/7 cmHg	nt	Digoxin 0,5 mg IV.
17g	HA=10/7 cmHg	nhịp nhanh QRS rộng, đều , 210 lần/ phút(ECG2)	ATP 12mg IV.
17g 15 phút	HA= 10/7 cmHg	QRS rộng như trên(trên sirecust)	Cordaron 200 mg, 1 viên uống.
17g 55 phút	HA= 10/7 cmHg	QRS rộng (trên sirecust)	
20g 30 phút	HA= 10/7 cmHg	QRS rộng, đều, 200 lần/ phút (trên sirecust)	Cordaron 200 mg, 1viên uống.
23g	HA=10/6 cmHg	QRS rộng đều,170 lần/ phút(trên sirecust)	
8g 17/9/2002	HA=11/6 cmHg	nhịp xoang, QRS rộng 0,12s, trát đậm, rõ ở V1,V2, PR ngắn, dạng R từ V1 đến V6(ECG3) Nghi ngờ WPW típ A	Cordaron 1 v x 2 vastarel, risordan
8g 18/9/2002	HA=12/6 cmHg	M=110 lần/ phút	nt

26/9/2002		nhịp xoang 80 lần/ phút,PR ngắn, sóng delta(ECG4)	nt
-----------	--	---	----

Các xét nghiệm thêm:

Công thức máu: BC=9000 HC=4,5 triệu TC=428.000

Urê máu:71 mg/dl, Creatinin máu:1,92 mg/dl.

Na máu = 137 mEq/L, Kali máu =3,78 mEq/L Ca máu =2,55 mEq/L.

Đường huyết: 104 mg/dl

sGOP =61 sGPT = 36 LDH = 149 CKMB = 40.

X quang phổi: bóng tim không to, thâm nhiễm 2 đỉnh phổi.

II- Nhắc lại sơ lược nhịp nhanh kịch phát trên thất:

2.1. Cơ chế NNKPTT(6) :

+ Tăng tính tự động ở nhĩ: 5%

+ Vòng vào lại: ♦ nút xoang 5%

♦ trong nhĩ: 5%

♦ nút AV: 60%

♦ vào lại qua đường phụ (trong hội chứng Wolff-Parkinson-White) 15 –30%:

gồm có kiểu dẫn truyền thuận chiều (orthodromic type), ngược chiều (antidromic type) và kiểu chậm(slow type)

Orthodromic type: nhịp nhanh được dẫn thuận chiều xuống nút nhĩ thất và dẫn ngược lên qua đường phụ. QRS hẹp.

Antidromic type: nhịp nhanh được dẫn xuôi xuống qua đường phụ và được dẫn ngược lên qua nút nhĩ thất. QRS rộng.

Slow type: giống như kiểu dẫn truyền thuận chiều, xuống qua nút nhĩ thất, ngược lên qua đường phụ nhưng khoảng PQ kéo dài do dẫn truyền chậm đáng kể trong nút.

2.2 Một số dạng WPW(4) :

- Overt: PR ngắn, QRS rộng, có xu hướng bị NNKPTT.
- Concealed: PR bình thường, QRS bình thường, có xu hướng bị NNKPTT với đường phụ dẫn truyền ngược dòng
- Nonevident: PR bình thường, QRS bình thường, có xu hướng bị NNKPTT và rung nhĩ có đáp ứng thất nhanh nguy hiểm đe dọa tính mạng vì đường phụ có thể dẫn truyền cả 2 chiều ngược dòng và xuôi dòng.
- Lown- Ganong- Levine Syndrom: PR ngắn, QRS bình thường , có khuynh hướng bị NNKPTT.

2.3 Sơ đồ điều trị NNKPTT có QRS hẹp, huyết động ổn định(7) :

nghiệm pháp vagal

↓
Adenosin

↓
Verapamil

↓
Xem xét digoxin, diltiazem, β blocker

III-Bàn luận trường hợp này:

-Tất cả những nhịp nhanh trên thất, đều, vào lại nút AV là cơ chế thường gặp nhất. Vào lại nút AV hiếm khi nhịp tim > 200 lần /phút và khi nhịp > 200 lần/ phút gợi ý cơ chế vào lại qua đường phụ(2),(3) (5). Tuy nhiên, tất cả các nhịp nhanh có QRS hẹp, đều đều được điều trị như nhau, không kể vào lại tại nút AV hay qua đường phụ(3) .

- Ở bệnh nhân này, kết hợp lâm sàng và ECG1 lúc nhập viện cho thấy rõ ràng đây là một trường hợp NKKPTT có QRS hẹp, đều, huyết động ổn định. Trong tình huống này, sau khi các nghiệm pháp vagal không hiệu quả thì việc dùng adenosin là đúng (xem sơ đồ điều trị).

- Bệnh nhân này có tiền căn suy tim nên chúng tôi e dè dùng verapamil, β blocker. Do đó, sau khi adenosin không hiệu quả, chúng tôi dùng digoxin.

- Tuy nhiên, sau khi dùng digoxin QRS biến hẹp thành rộng(ECG2). Khi kết hợp điều này với ECG ban đầu (ECG1 với tần số >200 lần/ phút, sóng P sau R $> 0,08s$) nên nghi ngờ đây là một dạng orthodromic type thành antidromic type, bởi vì:

- Khi một nhịp nhanh trên thất có QRS hẹp, đều, tần số >200 lần/ phút nên nghi ngờ dẫn truyền qua đường phụ(3),(5).

- Nhịp nhanh có khoảng $RP' > 60-70$ msec có thể dẫn truyền qua đường phụ(2).

- Nhịp nhanh vào lại thuận chiều có thể được điều trị bằng các thuốc làm thay đổi dẫn truyền qua nút AV (digoxin, propranolol, verapamil) hoặc dẫn truyền qua đường phụ(quinidin, procainamide, disopyramide, flecaninide, propafenon) (6). Adenosin, verapamil, propranolol và digitalis có thể kéo dài thời gian trơ cũng như thời gian dẫn truyền thông qua đường phụ. Digitalis cũng không có tác dụng chắc chắn trên dẫn truyền qua đường phụ. Người ta biết rằng digitalis rút ngắn thời kỳ trơ trong đường phụ và sẽ gia tăng đáp ứng thất ở bệnh nhân rung nhĩ. Vì vậy, digitalis bị khuyến cáo là cấm dùng ở bệnh nhân rung nhĩ do hội chứng WPW(1), (2). Tuy nhiên, digoxin không có chống chỉ định trong nhịp nhanh trên thất vào lại dẫn truyền xuôi chiều, nhưng việc dùng nó trong một số trường hợp có thể biến thành nhịp nhanh vào lại dẫn truyền ngược chiều(2).

⇒ Vì vậy, ở bệnh nhân này, chúng tôi nghi ngờ đây là trường hợp một nhịp nhanh vào lại dẫn truyền xuôi chiều chuyển thành nhịp nhanh vào lại dẫn truyền ngược chiều do dùng digoxin. Do đó, kết hợp với tình trạng lâm sàng ổn định, huyết động ổn định nên chúng tôi quyết định dùng Cordarone

- Sau khi dùng Cordarone khoảng 15 giờ, nhịp bệnh nhân dần trở về nhịp xoang và ECG ngoài cơn nhịp nhanh có PR ngắn, QRS rộng, sóng delta (trát đậm đầu QRS): hội chứng W.P.W.

- Khi về nhịp xoang, ECG biểu hiện WPW càng cũng cố nghi ngờ ban đầu

Kết luận: Qua diễn tiến lâm sàng, có thể nghĩ nhiều đây là trường hợp nhịp nhanh vào lại dẫn truyền xuôi chiều chuyển thành nhịp nhanh vào lại dẫn truyền ngược chiều sau khi dùng digoxin. Và qua trường hợp này, giúp nhắc lại trước một nhịp nhanh kịch phát trên thất QRS hẹp, đều, tần số > 200 lần/ phút, $RP' > 0,08s$ có thể là dạng nhịp nhanh vào lại dẫn truyền xuôi chiều, từ đó chúng ta có sự chọn lựa thuốc thích hợp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1- Hội chứng Wolff Parkison White. Hướng dẫn điều trị thực hành loạn nhịp, bệnh viện Chợ Rẫy, 1999. Phần 3: rối loạn nhịp nhĩ. Chương 6: 62
- 2- Douglas P. Zipes. Specific Arrhythmias: Diagnosis and treatment. Braunwald. Heart Disease. Fourth edition. Part II: normal and abnormal circulatory function. Chap 22.
- 3- Donal M. Yeal. Dysarrhythmia. Rosen: Emergency medicine. Concept and clinical practice.. Fourth edition 1998. Copyright 1998. Section II: cardiac disorder. Chap 11.
- 4- Hendry J.L Marriot, MD. Precipitation and its arrhythmias. Advanced concepts in arrhythmias. Second edition. 1989. Chap 10: 141.
- 5- Hendry J.L Marriot, MD. Precipitation and its arrhythmias. Advanced concepts in arrhythmias. Second edition. 1989. Chap 10: 162.
- 6- M Carolyn Gamachel. Cardiac Arrhythmias. A practical approach to emergency medicine. Copyright 1994. Chap IV.
- 7- Mark Freed, MD. Cardiac arrest. Essentials of cardiovascular medicine. Copyright 1994

Chap 6: 86.